

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913

THÈSE ^{N°} 188
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude
d'une des manifestations
de l'ARTHRITISME
“ LA CELLULITE ”

PAR

Armand HANRIOT

Né à Lisses (S-et-O), le 19 avril 1884

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES,

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Président : M. ALBERT ROBIN PROFESSEUR.

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26. — PARIS (VI^e Arr.).

1913

188

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude
d'une des manifestations
de l'ARTHRITISME

“ LA CELLULITE ”

PAR

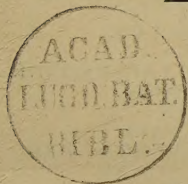
Armand HANRIOT

Né à Lisses (S-et-O), le 19 avril 1884

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES,

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



Président : M. ALBERT ROBIN PROFESSEUR.

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e Ar^t).

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. LANDOUZY
	Professeurs	MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et Chimie minérale		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		TEISSIER
Anatomie pathologique		LEJARS.
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
Clinique médicale		{ CHAUFFARD
		{ DEBOVE
		{ GILBERT
		{ LANDOUZY
Maladies des enfants		{ HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		{ GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		{ GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		{ DEJERINE
		{ PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		{ QUENU
		{ RECLUS
		{ X...
Clinique ophtalmologique		{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		{ LEGUEU
		{ BAR
Clinique d'accouchements		{ PINARD
		{ RIBEMONT DES-
		{ SAIGNE
Clinique gynécologique		{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile		{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique		{ A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERL	RETTERRER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUILAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En reconnaissance du grand honneur qu'il nous fait
en présidant notre thèse et de l'aimable accueil
qu'il nous a toujours accordé.*

AU PREMIER DE MES MAÎTRES

A MON PÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de dévouement filial pour ses
conseils, ses encouragements, son appui.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

LE DOCTEUR BRAULT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

LE PROFESSEUR LEJARS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

LE DOCTEUR DOLÉRIS

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

External :

LE DOCTEUR NÉLATON

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BOUCICAUT

(*in memoriam*)

1908-1909

LE PROFESSEUR TEISSIER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL CL. BERNARD

LE PROFESSEUR LEGUEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE URINAIRE

A L'HÔPITAL NECKER

1909-1910

LE DOCTEUR VAQUEZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

1910-1911

LE DOCTEUR BEZANCON

PROFESSEUR AGRÉGÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

1911-1912

LE DOCTEUR OMBREDANNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

1912-1913

LE DOCTEUR BALZER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail qui marque le terme de mes études médicales il est un devoir d'autant plus agréable à remplir que c'est pour moi une dette de reconnaissance et un plaisir, c'est de remercier mes maîtres qui m'ont instruit dans l'art de ma profession, et qui en m'apprenant ce que je sais, m'ont facilité ma tâche et me l'ont fait aimer. Tous m'ont également accueilli et instruit, que chacun veuille donc recevoir ici l'assurance de ma reconnaissance et de mes remerciements pour ce qu'ils ont fait pour moi.

Il en est un cependant qui m'est cher à un double titre : le Professeur TEISSIER qui, durant une scarlatine contractée dans son service de l'Hôpital Claude-Bernard m'a montré jusqu'où pouvait aller l'affection d'un maître et le dévouement d'un médecin. Je lui suis donc doublement reconnaissant.

Durant le cours de mes études le docteur PARTURIER et surtout le docteur LOUIS TANON m'ont aidé et en-

couragé, qu'ils veuillent bien recevoir ici l'assurance de mon profond attachement.

J'ai trouvé durant la préparation de ma thèse un accueil charmant auprès des docteurs DAUSSET et MEILLÈRE qui m'ont aidé dans mes observations, je leur en suis très reconnaissant. Que le docteur BOULOMIÉ qui m'a donné le sujet de cette thèse et des observations, et m'a prodigué son temps et sa peine, veuille bien recevoir ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

INTRODUCTION

Parmi les différentes manifestations morbides que l'on rencontre dans l'arthritisme il en est une, qui est bien plus rarement signalée que les autres, surtout parce qu'elle est moins connue, il faut bien le dire ; elle passe généralement inaperçue parce qu'elle n'est pas spécialement recherchée. Souvent confondue avec d'autres manifestations douloureuses, névralgies, arthrites, phlébites, suivant son siège, elle ne peut être reconnue que par un examen local et tout spécial du tissu cellulaire : c'est la « cellulite ». Son diagnostic cependant nous a semblé d'un intérêt réel, par cela même qu'elle nécessite à côté d'un traitement local, un traitement général, qui aboutissent à des résultats très favorables, là où le premier seul, ou bien le traitement banal des douleurs articulaires, musculaires ou fibreuses, échoue le plus souvent. C'est ce qui nous a encouragé à en faire l'étude dans notre thèse.

C'est durant un voyage à Vittel que le Dr BOULOMIÉ à qui nous avons demandé quelques conseils,

nous encouragea à entreprendre ce travail, ayant été frappé du grand nombre de cas que l'on rencontre chez les arthritiques qui viennent se soigner dans cette station des Vosges, et principalement chez les gouteux. C'est en effet dans cette maladie qu'il observa le plus grand nombre de cas de cellulite, quoique cependant on la rencontre fréquemment aussi accompagnant l'artério-sclérose, l'obésité, en un mot toutes les maladies causées par le ralentissement de la nutrition. Nous verrons en effet que la cellulite n'est qu'un trouble apporté dans le tissu cellulaire par suite du ralentissement de la nutrition, et que, de même que tous les éléments tels que artères, veines, articulations, muscles sont altérés par ces déchets des albuminoïdes, ou leurs produits, de même, les cellules et le tissu cellulaire sont altérés et peut être même, plus spécialement. Après avoir dans différents chapitres étudié la cellulite, montrant d'abord ce qu'est la cellulite, quelle est son histoire, son étiologie, ses symptômes, tantôt chez la femme où elle simula des affections génitales, tantôt chez l'homme comme chez la femme, où l'on trouve seulement la forme clinique habituelle sous-cutanée, de siège variable ; nous apporterons des observations pour montrer que s'il existe une cellulite, affection gynécologique, connue depuis longtemps déjà, il existe aussi une cellulite sous-cutanée qui, bien que moins préoccupante et moins gênante que la cellulite abdomino-pelvienne, par sa fréquence relative et les résultats du traitement approprié, mérite cependant d'attirer l'attention.

PREMIÈRE PARTIE

Etude Générale de la Cellulite

DÉFINITION

La cellulite ainsi que nous le verrons dans le chapitre de l'Histoire, est entrevue depuis longtemps, mais vaguement et incomplètement semble-t-il, car elle n'a été désignée que depuis peu sous son nom actuel, qui comprend toutes les variétés de cellulite.

On s'occupa exclusivement au début de la cellulite profonde des femmes, atteignant le tissu cellulaire péri-utérin et péri-annexiel, donnant lieu à des indurations simulant des tumeurs ; on l'avait appelée, péri-oophorite, péri-métrite, péri-salpingite. Etymologiquement « cellulite » signifie inflammation de la cellule ou du tissu cellulaire, de même que phlébite est l'inflammation des veines, artérite, des artères, arthrite, des articulations. Mais dans la pratique, ce nom est réservé

à la lésion causée par l'infiltration ou le dépôt des produits de décomposition des albuminoïdes, dans le tissu cellulaire connectif, la distinguant ainsi de l'infection produite par un microbe dans le tissu cellulaire quel qu'il soit, donnant lieu par exemple à l'abcès ou au phlegmon. Bien qu'il y ait des accès aigus de cellulite, et que la terminaison « ite » ajoutée à un mot semble aussi désigner quelque chose d'aigu, la cellulite cependant est une affection chronique. C'est une affection qui ne s'accompagne généralement pas de fièvre ni de suppuration, à moins qu'une complication septique ne fasse de la cellulite un abcès. La cellulite est un terme employé indépendamment de l'organe qu'elle envahit, on a de la cellulite abdomino-génitale, de la cellulite urétrale, de la cellulite sous-cutanée : c'est une affection du tissu cellulaire conjonctif. Stapfer a dit de la cellulite : « Je désigne sous le nom de cellulite les œdèmes localisés, douloureux, apyrétiques du tissu conjonctif, sans tendance à la suppuration. Le mot est vieux ; je l'ai adopté pour synthétiser en une seule appellation les modes et degrés divers d'une même manifestation pathologique, ordinairement chronique, aiguë par exception : son principe est l'altération du tissu conjonctif ; elle débute par la congestion ».

HISTORIQUE

L'existence de la cellulite avait été remarquée par beaucoup de médecins sans qu'on lui attachât une importance quelconque, et ce sont les masseurs suédois qui les premiers ont signalé et soigné des noyaux durs et douloureux, dans les diverses régions du tissu adipeux et des muscles du corps.

Avant eux, certains cliniciens avaient noté ces altérations du tissu cellulaire, mais ne les avaient envisagé qu'en ce qui concerne les organes abdominaux et les attribuaient à une inflammation péritonéale localisée. Ainsi GENDRIN, NONAT, VALLEIX ont étudié en 1850 les inflammations péri utérines et ont localisé les collections séreuses et purulentes qui se développent au voisinage de l'utérus et autour de l'isthme dans le tissu cellulaire existant entre les feuillets du ligament large,

BERNUTZ et GOUPIL en 1852 refusent eux, toute espèce de rôle au tissu cellulaire, et prétendent que l'inflam-

mation péri utérine doit être attribuée complètement à des inflammations du péritoine pelvien, à des pelvi péricotonites.

ARAN en 1852 accorde une part prépondérante au tissu cellulaire dans l'inflammation péri utérine et réfute la théorie de BERNUTZ et GOUPIL qui disaient : « Étant donnée l'adhérence intime du péritoine au muscle utérin, il ne pouvait y avoir inflammation du tissu cellulaire sans participation constante de la séreuse » ; il dit encore : « La quantité de ce tissu cellulaire et sa laxité augmentent à mesure qu'on se rapproche du bas-fond du bassin, de sorte que c'est précisément autour du col de l'utérus, en arrière et latéralement, que ce tissu offre les conditions les plus favorables à l'inflammation. »

MATHEUS-DUNCUN et SIMPSON admettent que le tissu cellulaire peut être intéressé.

On arrive alors à la période où les médecins suédois ont nettement spécifié la cellulite sous cutanée et l'ont systématiquement traitée et guérie, pour la trouver spécialement signalée telle que nous la comprenons aujourd'hui : ce sont eux qui lui ont donné le nom de « cellulit » le réservant spécialement aux seuls troubles du tissu conjonctif de la peau.

Vers 1888 le Docteur NORSTROËM, suédois, signale en France la guérison de céphalées rebelles par le massage des muscles cervico dorsaux indurés et douloureux.

En 1891, JOSEPHÉON étudie la cellulite sous cutanée

abdominale à la fin de sa thèse inaugurale, la même année le docteur WIDERSTRÖM, suédois, étudie plus spécialement la cellulite pelvienne. En 1893, STAPFER parle le premier en France des cellulites et montre que cette affection n'est pas une entité morbide. Il en fait un syndrome commun des maladies des femmes, s'attache à prouver que la cellulite sous-cutanée n'est qu'une variété de la cellulite gynécologique, qu'il n'y a pas de chronocité génitale sans cellulite et que la nomenclature des traités de gynécologie est encombrée de termes qui caractérisent une seule et même manifestation morbide : la cellulite, œdème dur ou mou. Il propose de réunir toutes les variétés appelées para-métrite péri oophorite, péri salpingite, salpingite interstitielle, péri métro salpingite, en une seule famille, les cellulites, qui désignent un même processus pathologique ou se révèlent au doigt explorateur par des lésions de même nature, des œdèmes douloureux.

En 1896, RICHARD HOGNER, médecin suédois, publie un article sur la cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies des femmes.

En 1896, PETIT signale l'œdème ovarien.

En 1897, STAPFER reprend, dans son manuel pratique de Kinésithérapie gynécologique, la description des œdèmes cellulitiques, affirme le rôle prépondérant en gynécologie de la cellulite dont il fait une présclérose ; simple hypothèse, ajoute-t-il, car les preuves anatomiques manquent encore.

En 1898, GEOFFROY SAINT-HILAIRE, dans sa thèse inaugurale, reproduit expérimentalement les œdèmes mous du bassin, fait l'étude histologique de plusieurs pièces, et, s'autorisant d'elles, met en sous-titre à sa monographie : sur les œdèmes pelviens : présclérose.

En 1899, KRIKORTZ, suédois, dans sa thèse inaugurale, rattache la cellulite à la diathèse arthritique; il cite un travail de KJELLBERG datant de 1898.

En 1900, DELASSUS fait une communication sur la cellulite au XII^e congrès de médecine.

En 1901, BRALANT, dans son opuscule sur les maladies des femmes, en parlant de ces œdèmes pelviens dit : « Cette infiltration séreuse envahit les ligaments comme une sorte de rouille, elle leur fait perdre leur souplesse et les rend rigides. Ce mot de rouille donne une idée exacte de ce qu'est cet œdème au point de vue de la physiologie pathologique ».

En 1906, STAPFER dans son opuscule complémentaire du manuel de kinésithérapie gynécologique, aux indications, contre indications et dosage du traitement kinésique, donne en quelques pages une description de la cellulite généralisée chez les femmes, à laquelle il attribue une origine abdomino pelvienne survenant par suite de troubles de la circulation.

En 1898, BRALANT fait au premier congrès de physiothérapie des médecins de langue française, un rapport sur les œdèmes annexiels et les infiltrations cellulitiques du bassin.

En 1909, VETTERVALD, dans son travail sur les névral-

gies du tissu cellulaire, croit que la cellulite reconnaît chez l'homme et chez la femme dans la sphère génitale et en dehors d'elle, une origine commune, qui serait une perturbation vaso motrice, le ralentissement de la circulation, l'irritation chronique des nerfs vaso moteurs et sensibles sous l'influence d'une intoxication soit exogène, soit endogène. Il se demande si certaines affections arthritiques, débutant par l'hypertrophie et la congestion du stroma conjonctif pour aboutir à la sclérose, ne seraient pas combattues efficacement par un traitement physique.

En 1909, le même auteur émet l'hypothèse que les seules altérations du tissu cellulaire sous-cutané, étudiées jusqu'ici, sont communes à tous les arthritiques, sont accompagnées d'altérations identiques du tissu conjonctif général, ont pour origine un trouble de nutrition, dont la cellulite sous cutanée et les diverses névralgies seraient le symptôme visible, palpable et sensible, et les affections réunies jusqu'ici sous la dénomination d'arthritisme (ou maladies de la nutrition) les symptômes moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques ; il intitula son article paru au 2^e congrès de physiothérapie des médecins de langue française ; la présclérose organique et son traitement manuel.

Au même congrès DESCHAMPS (de Rennes) fait une communication sur la panniculite abdominale et les névralgies cellulitiques traitées par l'hydrothérapie, l'électricité et le régime alimentaire.

Parmi les auteurs qui ont signalé l'origine arthriti-

que et préconisé le traitement manuel de certains troubles fonctionnels de la peau sensibles, sécrétoires, vaso-moteurs et trophiques, il faut mentionner HIRSCHBERG (de Paris) qui a fait une communication à ce sujet à la société de Kinésithérapie.

En 1911 LUTIKOFF, (Russe) fait à Paris une thèse inaugurale sur le traitement kinésique par la méthode de THUR, BRANDT, STAPFER, de la cellulite abdominale pelvienne, où il étudie la cellulite et montre que le traitement kinésique, massage et gymnastique, institué selon la méthode de Thur, Brandt, Stapfer, qui est une méthode agissant sur les troubles circulatoires, cause première du mal, donne de très bons résultats.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

L'anatomie et l'histologie pathologiques de la cellulite sont très peu connues parce que les recherches en sont récentes, et que, plus rarement observées à l'Hôpital qu'en clientèle elles sont difficiles et parce qu'étant habituellement bénignes elles n'entraînent pas la mort et n'attirent pas l'attention lors des autopsies. Aussi ne possède-t-on comme pièces anatomo-pathologiques que celles provenant de tumeurs cellulitiques opérées et de cas expérimentaux de cellulite abdomino-pelvienne provoquée, qui fit le sujet de la thèse de GEOFFROY St-HILAIRE. N'ayant aucune expérience personnelle, nous ne pouvons dès lors que rapporter les faits que l'on a constatés dans ces occasions et les hypothèses que l'on a pu émettre.

Les recherches portèrent tout d'abord sur la cellulite abdomino-pelvienne à la suite des opérations pratiquées et constatation sur les pièces que l'on avait prises pour des tumeurs et qui n'étaient que des empâtements cellulaires et à la suite des recherches expérimentales de GEOFFROY St-HILAIRE.

Dans sa thèse, il divise les œdèmes abdomino pelviens en deux variétés : 1° Les œdèmes séreux simples

troubles de fonctions qui peuvent s'observer chez les femmes dont les organes génitaux sont absolument indemnes et à plus forte raison chez celles qui présentent des altérations annexielles. 2° Les œdèmes fibro plastiques qui accompagnent ou précèdent les affections de l'ovaire, de la trompe ou de l'utérus. Ce ne sont plus de simples troubles fonctionnels, car ils sont sous la dépendance, le plus souvent d'un processus inflammatoire subaigu qui les engendre, et ils persistent après que toute trace inflammatoire a disparu, créant ainsi le facteur principal de la chronicité gynécologique, puisque en plus de l'infiltration il y a hyperplasie conjonctive.

Les œdèmes séreux ne sont que l'exagération de ce qui se passe normalement dans les tissus. La lymphe qui imprègne les tissus est un produit de transsudation du sang qui passe des lacunes des tissus dans les vaisseaux lymphatiques et arrive dans la circulation veineuse par le canal lymphatique. Toute augmentation de l'issue dans les tissus, du plasma sanguin, détermine dans la région une plus forte imbibition qui est compensée par une augmentation de la circulation lymphatique, mais celle-ci a des limites et au bout d'un temps variable, l'infiltration des tissus par l'exsudat sanguin dépasse la normale; c'est cet état que l'on désigne sous le nom d'œdèmes séreux. Cet œdème, simple trouble de fonctions, ne constitue pas un état pathologique véritable : c'est un symptôme qui indique que la circulation n'est pas normale.

L'œdème fibro-plastique n'est pas comme l'œdème

séreux une infiltration diffuse, bien qu'il s'accompagne souvent de ce trouble fonctionnel. Dans la plupart des cas l'œdème est circonscrit, bien limité, formant des tumeurs de volume variable qui, grosses comme une noix, peuvent quelquefois atteindre du jour au lendemain un volume trois ou quatre fois plus considérable pour revenir ensuite à leurs dimensions primitives.

Leur consistance change comme leur volume d'un jour à l'autre. Le siège de ces œdèmes est extrêmement variable. Ce sont ces œdèmes qui le plus souvent constituent ce qu'on est habitué à appeler péri-salpingite, péri-oophorite, para-métrite. L'évolution de ces tumeurs montre qu'elles diffèrent en tous points de l'œdème séreux, dérivant le plus souvent d'un processus inflammatoire, consécutives dans la majorité des cas à une altération annexielle. Cette inflammation débute toujours de même, malgré les différentes formes sous lesquelles elle se présente : le bouleversement fonctionnel et en particulier la perturbation nutritive des éléments cellulaires. Les théories de l'inflammation montrent les différentes phases qui se succèdent pour aboutir à l'exsudat interstitiel qui constitue l'œdème fibro-plastique. Dilatation vasculaire, accélérations, puis ralentissement du cours du sang, diminution de la pression, marginations des leucocytes et enfin diapédèse et exsudation.

GEOFFROY SAINT-HILAIRE rapproche la cellulite de cet œdème fibro plastique ; il dit : signalons une forme spéciale d'œdèmes que les suédois ont appelé cellulite, mot qui prête à la confusion. Nous rattachons cette variété

à la forme fibro-plastique. Elle accompagne quelquefois les lésions génitales, mais elle peut exister en dehors de ces lésions. Elle ne tend pas à la suppuration. Elle siège surtout dans la paroi abdominale, mais peut se manifester sur un autre point du tissu conjonctif ; on l'a signalée dans le tissu cellulaire du fond du bassin, dans les ligaments, dans le tissu adipeux du creux ischio rectal, dans les attaches du muscle releveur de l'anus. Cet œdème spécial affecte des formes diverses ; dans la paroi abdominale il se présente sous forme de noyaux œdemateux, diffus et circonscrits.

Cet œdème plastique se localise de préférence près d'un organe. En examinant des pièces histologiques GEOFFROY SAINT-HILAIRE a remarqué l'existence de cet œdème dur, de cette prolifération du tissu conjonctif autour de la trompe et de l'ovaire malade qui tous deux étaient déformés et présentaient les mêmes troubles de leur structure interstitielle : dissociation de la musculaire, disparition partielle de ses fibres, infiltration de cellules embryonnaires surtout autour des vaisseaux qui étaient dilatés. A l'examen histologique il a trouvé autour de la lésion causale, qui souvent n'était qu'au stade chronique, une zone de prolifération du tissu conjonctif dont les fibres étaient condensées et qui présentait par endroits des lacunes, dans d'autres des noyaux de sclérose formés. Plusieurs coupes ont montré l'ovaire sclérosé, mais qui était également entouré d'une zone d'induration œdemateuse. Ces infiltrations correspondaient aux constatations cliniques que l'on avait pu faire avant

que les annexes furent enlevées par l'opération. Les œdèmes annexiels se rencontrent tantôt au niveau de la trompe qu'ils englobent (péri-salpingite) ou au niveau de l'ovaire (œdème ophoro salpingien) et tantôt sur la trompe et l'utérus. Quant à la localisation abdominale, on trouve des noyaux cellulitiques dans l'épaisseur de la paroi, soit superficiellement soit dans la couche graisseuse ; ils se présentent sous forme de noyaux durs et très douloureux, à l'hypocondre, flancs, épi et hypogastre, région iliaque, région ombilicale. Personne n'a étudié histologiquement ces formations, mais leurs caractères cliniques et thérapeutiques sont tellement semblables aux formations cellulitiques du bassin que l'on peut supposer qu'elles sont analogues.

Après les travaux de GEOFFROY SAINT-HILAIRE qui ne parle que de la cellulite abdomino-pelvienne, DERCUM décrit un syndrome qui est en somme la forme ultime ou pré-ultime de la cellulite avec prédominance d'infiltration graisseuse. Il publie le résultat d'autopsies de plusieurs malades ayant présenté durant leur existence des symptômes d'adipose douloureuse. En outre des altérations du corps thyroïde ou de la glande pituitaire constatées dans certains cas, absentes dans d'autres, consistant en dégénérescences calcaires, il signale des lésions de névrite interstitielle au niveau des filaments nerveux inclus dans les masses adipeuses sous-cutanées. Ces dernières renfermaient également des ganglions hémolymphatiques, montrant sur une coupe, des vais-

seaux sanguins au milieu d'un tissu réticulaire et de cellules lymphoïdes.

Il a d'autre part pratiqué des examens histologiques nombreux d'un des cas qu'il a soignés, et a pu constater de visu le début du processus par l'œdème et son évolution vers l'adipose avec terminaison scléro-adipeuse. Cette biopsie concorde avec les résultats des autopsies où l'on a trouvé réunis sur le cadavre les 3 stades de la maladie.

Pour STAPPER, le caractère anatomo-pathologique commun des cellulites est la dilatation des veines et le resserrement des artères, altérées ou non, avec infiltration ambiante, diffuse ou localisée, puis épaissement du tissu conjonctif, formant des tuméfactions de volume variable depuis une tête de fœtus jusqu'à un grain de riz. Les névrites périphériques sont la cause des œdèmes localisés ; elles trouvent chez les arthritiques un terrain préparé par les troubles de la circulation, par le traumatisme, par la diminution de la résistance, par le mauvais état général.

L'engorgement et l'obstruction des voies lymphatiques constituent le mécanisme des œdèmes.

Pour les auteurs qui ont étudié l'anatomie pathologique du tissu cellulaire, il n'y a pas lieu de faire de distinction à ce point de vue, entre les œdèmes étendus, les œdèmes localisés, et d'autres manifestations analogues : nodosités éphémères (Féréol) nodosités sous cutanées rhumatismales (Troisier) lipômes et pseudo-lipômes (Verneuil, Potain). Ces productions patholo-

giques sont constituées au début par du tissu de granulation pur, par des noyaux inflammatoires de nouvelle formation. Ces éléments évoluent ensuite vers le tissu fibreux ; on voit aussi dans la cellulite des névrites périphériques engendrées par la congestion chronique des éléments conjonctifs des nerfs et du voisinage des nerfs dues à des troubles héréditaires et acquis de la circulation et de la nutrition. La névrite à son tour produit les effets bien connus sur les appareils moteurs, sensibles, vasomoteurs et sécrétoires : ainsi se trouve constitué le cercle vicieux. Il est assez oiseux de discuter pour savoir lequel des deux a commencé de l'œdème ou de la névrite. On peut réunir ces deux processus qui sont identiques, marchent de pair et les appeler phénomènes cellululo-névrites d'après Wettervald. Il semble que les lésions anatomiques de la cellulite soient celles de la névrite interstitielle.

Dans la forme aiguë, du sang et de la sérosité sont infiltrés dans le névrilemme : on a comparé le cordon nerveux à un cordon de tissu cellulaire enflammé ; de nombreuses cellules lymphatiques et graisseuses infiltrant le tissu conjonctif du nerf. Dans la forme chronique on observe les végétations scléreuses du tissu conjonctif constituant ; le nerf atteint est épaissi, dur, augmenté de volume par l'exubérance du tissu néoformé souvent noueux selon PITRES et VAILLARD. Dans l'adipose douloureuse qui est une forme spéciale de cellulite scléreuse. DERCUM, MAC CURTHY et BURTH ont observé la dégénérescence des cellules lymphatiques suivant un

processus adipo-scléreux en même temps que la névrite intestilielle des nerfs inclus dans les masses adipeuses. Les altérations périnévritiques et lympho-conjonctives sont donc contemporaines et analogues.

La prédisposition des tissus conjonctifs des arthritiques à la sclérose met ce tissu en état de résistance amoindrie, sous l'influence des causes sclérogènes il subit des traumatismes qui provoquent sur ce vaste terrain, riche en nerfs et en vaisseaux, des poussées subaiguës engendrant la chronicité. On observe ces poussées dans tous les tissus cellulaires, dans l'abdomino pelvien sous forme de péri métrites, salpingites, ovarites, dans le tissu conjonctif péri-articulaire sous forme de péri-arthrites ; dans le péri-vasculaire, sous forme de périphlébites et péri-artérites. Il est aisé de démontrer par des exemples cliniques que, dans les poussées aiguës qui viennent rompre la monotonie du processus arthritique sclérogène, l'attaque même infectieuse se porte de préférence sur le tissu conjonctif des organes menacés : ainsi, au cœur, le rhumatisme touche les parties formées de tissu conjonctif, endocarde et péricarde. La prolifération inflammatoire chronique (la cellulite proprement dite) du tissu conjonctif s'observe dans ce que l'on a nommé la périphlébite, elle existe le long des veines variqueuses, selon le professeur LETULLE.

ETIOLOGIE

Les théories qui expliquent l'origine de la cellulite changèrent avec les progrès que l'on fit dans l'étude de cette affection. Tout d'abord, pour la cellulite abdomino-pelvienne on émit la théorie de l'infection et des troubles de la circulation. La théorie infectieuse, a eu contre elle ce fait, que la cellulite n'est pas aiguë et qu'elle a plutôt augmentée depuis l'antisepsie, donc depuis que l'infection était plus facilement guérissable. D'autre part MENGE et KOENIG qui avaient introduit des microbes dans le vagin des femmes constatèrent que si les conditions normales de défense n'étaient pas affaiblies, l'infection n'avait pas lieu.

Cette théorie ne doit donc pas être prise en considération. La théorie de la congestion est d'une valeur plus réelle, si l'on admet, comme nous le verrons, que la cellulite est une affection causée par un trouble de la nutrition, et que l'étiologie varie nécessairement selon le sujet, le sexe et le milieu.

Dans la cellulite abdomino-pelvienne on trouve chez

la femme un terrain admirablement préparé par sa structure et ses fonctions à devenir le siège de congestions répétées engendrant la chronicité et créant à la longue une sclérose conjonctive irrémédiable, source de névralgies dont on trouverait ailleurs difficilement une fréquence, une intensité et une variété comparables. Ceci explique pourquoi la femme est plus prédisposée aux névralgies et aux névroses d'origine cellulitique par ses congestions physiologiques répétées.

L'homme, à qui ses occupations sédentaires interdisent ou rendent difficiles la marche, l'exercice, le mouvement, est également sujet à un ralentissement de sa circulation, peu offensif au début, mais qui crée à la longue des stases viscérales, une mauvaise nutrition, l'atrophie des éléments contractiles des vaisseaux et des glandes, de l'anémie périphérique.

Chez les travailleurs manuels qui dépensent une grande force physique ou se donnent beaucoup de mouvement, il faut chercher à la cellulite une autre étiologie.

Chez certains individus, elle sera la conséquence d'un traumatisme extérieur. On tient grand compte dans l'étiologie des affections nerveuses des accidents et émotions de tout genre auxquels le sujet s'est trouvé exposé, mais la relation est difficile à interpréter entre la cause mécanique et la conséquence psychique. Elle est plus aisée à concevoir, si l'on admet que toute violence extérieure (coup, blessure, chute, opération, choc nerveux), amenant une modification brusque de la tension sanguine produit un œdème local qui se transforme à la longue

en tissu scléreux comprimant les terminaisons nerveuses. Mais outre que ces individus sont exposés, aux traumatismes de tout genre, injures atmosphériques, mouvements brusques, changements brusques de température, certains sont victimes d'intoxications professionnelles : plomb, phosphore, sulfure de carbone, mercure et surtout l'alcoolisme. En dehors des intoxications professionnelles, les intoxications morbides, telles que syphilis, tuberculose, grippe, toutes les maladies infectieuses sont capables de favoriser la cellulite. Le tabac paraît être un des facteurs puissants de la cellulite, soit que la nicotine, principe toxique, agisse directement sur le tissu conjonctif pour y produire de minuscules cicatrices, soit que le ralentissement de la circulation, déterminé par le tabagisme, soit suivi de ses conséquences habituelles. On relève chez les fumeurs toute une série de symptômes qui relèvent de la sclérose organique, névralgies, troubles digestifs, vertiges, impuissance génitale, modifications de la pression artérielle, neurasthénie, en rapport avec l'artériospasme qu'il provoque. Les autres toxiques, telles que la morphine, la cocaïne, agissent aussi. En dehors des modifications pathologiques apportées au tissu cellulaire, l'âge apporte des modifications organiques que nous ne pouvons supprimer, mais qu'un traitement rationnel permet de retarder. Nous allons voir par l'étude étiologique des maladies de la nutrition, que la cellulite en est une variété et que l'on peut bien dire que c'est une manifestation de l'arthritisme.

Sur l'étiologie commune des maladies de la nutrition, on a invoqué le traumatisme, action d'une violence antérieure, qui chez les neuro-arthritiques s'imprime sur le tégument et retentit par l'intermédiaire des nerfs périphériques sur les centres. Les attitudes fatigantes souvent répétées peuvent engendrer des troubles nutritifs. Leur action s'explique par l'épuisement nerveux et les troubles circulatoires qu'elles provoquent. Le surmenage, les fautes contre l'hygiène, conséquences fatales de l'encombrement des grandes villes et de certaines professions, les excès que l'on commet, les intoxications de toutes sortes contribuent à la ruine de notre équilibre nutritif. Et pour lutter contre ces destructeurs, on naît taré par l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, les névroses, la goutte, l'artério-sclérose de ses aïeux. Ces causes produisent des vaso-dilatations et contractions ; des spasmes et des algies qui ne s'expliquent que par une action élective irritante sur les nerfs sensibles vaso-moteurs. Or cette irritation est secondaire et se produit par l'intermédiaire du tissu conjonctif péri-neural, périvasculaire, glandulaire et sous-cutané.

Hanot en 1893 avait signalé la vulnérabilité particulière du tissu conjonctif chez les arthritiques héréditaires. Il disait : j'entends par arthritisme un état constitutionnel caractérisé, entre autres éléments constitutifs, par une variation ordinairement congénitale et héréditaire, de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés qui deviennent des tissus de moindre résistance... au point de vue fonctionnel et anatomo pathologique

l'arthritisme se caractérise donc par la vulnérabilité plus grande du tissu conjonctif avec tendance à l'hyperplasie, à la transformation et à la rétraction fibreuse. Il existe chez les arthritiques, dit Cajalis, une prédisposition du tissu conjonctif par suite de quelque vice nutritif ou déchéance, à une faiblesse ou une irritabilité spéciale, prédisposition qui fait de lui un lieu de moindre résistance, ce qui explique en cette diathèse la fréquence toute particulière des inflammations, des proliférations ou des relachements de ce tissu.

L'anatomie physiologique nous apprend que ce tissu conjonctif lâche est l'artisan de la nutrition, il est l'intermédiaire entre le sang et la lymphe, d'un côté chargés des principes nutritifs, et les tissus organisés d'autre part. Cet intermédiaire joue un rôle actif, électif et éliminatoire. Etudier le tissu conjonctif et ses altérations, c'est porter la question de l'arthritisme sur son véritable terrain anatomo-pathologique : « Le milieu intérieur n'est pas le sang comme le prétendait CLAUDE BERNARD, c'est le tissu conjonctif, dit le professeur RENAULT ». Si la nutrition vient à languir, les cellules s'organisent en cellules adipeuses, d'autres fois, si les cellules sont peu accessibles aux échanges, l'acide urique se dépose et s'accumule (uricémie) chez les sujets arthritiques où l'on observe ces phénomènes, c'est moins un ralentissement de la nutrition qu'un déséquilibre nutritif que l'on observe comme l'a fait remarquer le Professeur A. ROBIN, chez de tels sujets et aussi chez des diabétiques, le coefficient d'oxydation est loin d'être

abaissé. Ce qui est ralenti et diminué, c'est l'activité musculaire et c'est de ce défaut d'équilibre entre l'activité neuro-cellulaire et l'activité musculaire que vient la dystrophie.

KRIKORTZ, dans sa thèse sur le rhumatisme musculaire qu'il rattache à la cellulite, nous dit : L'origine nerveuse de certaines manifestations rhumatismales a été démontrée par TESTELIN dans sa thèse sur les œdèmes dans la diathèse arthritique. Pour nous, dit-il, l'altération est fonctionnelle et réside dans les centres vasomoteurs de la moelle ; nous pouvons en quelque sorte indiquer de la façon suivante la progression de cette diathèse ; mauvaise innervation, mauvais fonctionnement des organes, dyscrasie, le point de départ étant l'innervation. LANCEREAUX, en 1883, dans son traité de l'herpétisme, avait fait une description des Hydropisies névropathiques. Elles consistent en une tuméfaction œdémateuse, ferme, à peine dépressible, limitée, peu étendue, douloureuse à la pression. QUINCKE, en 1883, avait décrit l'œdème aigu circonscrit de la peau et il n'y a pas loin de là, à l'œdème sous-cutané. Leur étiologie est le refroidissement, la fatigue physique, le tempérament nerveux. COURTOIS-SUFFIT note la fatigue et l'arthritisme.

STRANDGOAND KJOEHENHAWN, 1899, note l'observation d'un jeune homme de 26 ans, de famille goutteuse, lui-même très arthritique, qui présentait les localisations les plus variées d'œdèmes aigus, circonscrits, quelquefois douloureux, aux mains, aux pieds, au scrotum,

à la nuque même au larynx. DELASSUS invoque une action réflexe dans l'étiologie de la cellulite ; car si, dit-il, les affections utéro-annexielles peuvent prendre une part prépondérante en produisant des stases veineuses, il n'en est pas de même de la paroi abdominale, le terrain arthritique favorise le développement de cet œdème réflexe.

L'opinion la plus généralement admise attribue à l'uricémie les formes de rhumatisme vague et il est certain que si on étudie le terrain sur lequel elles se greffent, si on recherche l'hérédité, si on suit ces malades, on voit qu'ils appartiennent à la classe dite des petits goutteux. Dans leurs antécédents héréditaires ou personnels on retrouve la goutte, le diabète, la migraine, l'asthme, l'obésité, la dyspepsie ; si on suit l'évolution de ces malades, on voit qu'ils finissent comme les uricémiques : ils meurent par le rein, le cœur ou le cerveau d'après Haranchipy.

SYMPTOMES

Quels sont les symptômes que l'on rencontre dans la cellulite. Il y a trois symptômes capitaux ce sont : les nodosités, la douleur, l'œdème, résultant de l'infiltration.

D'autres symptômes dérivant de ceux-ci ont été décrits par VETTERWALD, il reconnaît à la cellulite une symptomatologie très complexe qui s'étend à tous les caractères objectifs et subjectifs par quoi se reconnaît la diathèse neuro-arthritique. Pour en faciliter la description, il divise les symptômes cellulitiques en six catégories selon le mode par lequel ils se manifestent : sensitif, sensoriel, moteur, vaso-moteur, sécrétoire, trophique ; mais ce ne sont, dit-il, que des symptômes généraux variant selon les formes cliniques.

Bien que la cellulite générale nous intéresse plus particulièrement, nous étudierons aussi les symptômes de la cellulite abdomino-génitale, de même que dans les autres parties de notre travail nous avons étudié la cellulite abdomino-génitale. Nous étudierons d'abord

les symptômes généraux de la cellulite cutanée et nous verrons que ceux de l'abdomino-génitale ne sont que les mêmes symptômes s'adressant à un tissu plus profond et étant par ce fait souvent plus obscurs.

Le principal symptôme de la cellulite est l'œdème : c'est un œdème dur, douloureux, se différenciant de l'œdème ordinaire, surtout en ce qu'il n'imprime pas le doigt en godet lorsqu'on le comprime. Cet œdème survient progressivement, ce qui fait que les malades ne s'en aperçoivent pas. Les cellulitiques sont surtout des obèses chez qui l'œdème se confond avec l'adiposité et le fait passer inaperçu. La cellulite se rencontre aussi, mais plus rarement, chez les gens maigres, mais là l'œdème est moins marqué et peut passer inaperçu.

Ce qui fait que la cellulite est souvent reconnue même quand on ne la recherche pas, c'est qu'elle occasionne souvent de violentes douleurs spontanées. Les malades se plaignent de douleurs névralgiques : lorsqu'on les examine on est frappé de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané à l'endroit correspondant aux douleurs. A la palpation on observe différentes sensations selon l'état plus ou moins avancé de la cellulite. C'est au début une sensation de légers craquements dans le tissu cellulaire, la sensation que l'on obtient en froissant un papier de soie, c'est une sorte de crépitation neigeuse, souvent perceptible en des endroits très limités et ne donnant cette sensation que par comparaison avec des endroits sains. A ce stade les douleurs sont très légères et l'on n'a encore

nettement qu'un des 3 signes de la cellulite qui est l'œdème. Les nodosités et les douleurs sont à peine perceptibles. Plus tard, on perçoit alors dans le tissu cellulaire des nodosités sous forme de boules, roulant plus ou moins sous le doigt dans ce tissu empâté. Il suffit de faire un pli à la peau comme si l'on voulait pratiquer une injection hypodermique pour avoir nettement la sensation des nodosités cellulitiques. On a alors à ce stade les 3 signes réunis, l'œdème dur, douloureux, avec nodosités. Ces nodosités sont douloureuses, non pas par elles-mêmes, mais par le tissu cellulaire situé devant et où les filets nerveux sont plus comprimés. WETTERVALD a signalé ce fait. Il a pris un de ces noyaux de cellulite entre ses doigts, il a comprimé la peau tout autour entre ses doigts, il n'a pas provoqué de douleurs. Au contraire il a comprimé la peau au devant du noyau sans toucher au noyau et il a provoqué de la douleur. Arrivée à un stade plus avancé, la cellulite est très douloureuse sans aucune cause extérieure, l'œdème est beaucoup plus dur et la dureté de l'œdème ainsi que les douleurs provoquées par la palpation empêchent de percevoir les nodosités. Chez les sujets gras, elle arrive au stade adipose douloureuse cutanée ou maladie de DERCUM.

A côté de ces 3 grands signes de cellulite on observe des troubles divers décrits par Wettervald. Ce sont d'abord des troubles de sensibilité. Exceptionnellement la sensibilité est abolie dans certaines régions pour une durée plus ou moins longue, mais généralement c'est le contraire et ils se manifestent sous la forme d'algies.

Les algies les plus fréquentes sont celles qu'on désigne sous le nom de douleurs rhumatismales ou rhumatoïdes. Leur siège ordinaire est à l'épaule, à la nuque, à la région lombaire et aux genoux ; à côté de ces douleurs rhumatismales il y a les névralgies, presque aussi fréquentes (sciaticque, trijumeau, nerfs intercostaux). Les régions les plus particulièrement douloureuses et sujettes à l'infiltration œdémateuse cellulitique sont la face interne de la jambe surtout au 1/3 inférieur où on la confond avec de la périphlébite, c'est le lieu des ulcères variqueux ; la face interne des genoux, la région postérieure de la cuisse, celle du grand trochanter, les fesses, les plis cutanés qui s'étendent ou qu'on peut former entre la mamelle et l'angle inférieur de l'omoplate, la nuque, les 2 joues, la paroi thoracique supra et infra mammaire, le tissu graisseux rétro mammaire et la paroi abdominale, surtout autour de l'ombilic. La région épigastrique est fréquemment infiltrée. On trouve fréquemment sous la clavicule et le long du trajet de la saphène interne, des noyaux segmentés en forme de grains de chapelet qu'il ne faut pas prendre pour des phlébolithes ; on les retrouve dans beaucoup d'autres régions : c'est du tissu conjonctif scléreux. On trouve dans le livre de Wettervald sur les névralgies les différents points douloureux que l'on rencontre dans la cellulite ces points correspondent souvent à l'émergence de certains nerfs et de leurs rameaux cutanés ; ce sont surtout des algies sciaticques et crurales.

On voit souvent des algies du trijumeau qui ont

pour cause une carie dentaire ou la syphilis, quelquefois aussi elles sont dues à l'arthritisme ; on trouve alors de la cellulite à cet endroit et on constate de l'amélioration des douleurs par le traitement. Dans les algies intercostales, on a affaire aux rameaux perforants antérieurs et latéraux avec irradiations aux régions axillaire et brachiale interne. Les points d'émergence sont nombreux et c'est encore la malaxation cutanée qui permet le mieux de les découvrir.

Les algies cervicales couvrent une surface limitée par les bosses occipitales, les apophyses mastoïdes, les bords supérieurs du trapèze et une ligne horizontale allant d'un acromion à l'autre. Les points correspondent aux branches postérieures des nerfs rachidiens.

Les algies scapulo-humérales sont peut être les plus fréquentes. Le maximum de la douleur correspond aux émergences des filets sus-acromiens et sus-claviculaires du plexus cervical, et les branches ascendantes et descendantes du rameau cutané de l'épaule fourni par le circonfléxe ; il y a aussi les émergences du nerf cutané interne et du musculo-cutané. A côté des troubles de la sensibilité, on trouve les troubles moteurs se caractérisant surtout par l'asthénie en dehors des mouvements qui sont rendus impossibles par la douleur. Ces troubles simulent rarement des paralysies complètes mais surtout des parésies et de l'impotence fonctionnelle partielle ; on observe aussi des troubles de la parole dans la cellulite du trijumeau, l'impossibilité pour les femmes de se peigner dans la cellulite de l'épaule.

Chez certains cellulitiques on trouve des troubles sécrétoires : diminution, augmentation ou même suppression. Les troubles sensoriels sont surtout localisés dans le sens du tact, où ils sont caractérisés par une sorte d'engourdissement, de diminution de la finesse du toucher, parfois de la maladresse. On observe quelquefois une asthénopie accommodative, qui serait due à la fatigue et à l'impotence du muscle ciliaire. Les troubles vaso-moteurs existent quelquefois dans la cellulite sous-cutanée ils produisent des modifications dans la coloration des téguments, des anémies locales faisant que les malades ont les régions atteintes très froides au toucher, ou tantôt des congestions erratiques et de l'asphyxie locale. Mais ces troubles vaso-moteurs sont surtout importants en gynécologie où ils produisent ces formes variées de cellulite qui sont dues aux stases, aux congestions, aux métrorrhagies variant selon l'époque à laquelle on se trouve. Les troubles trophiques sont généralement la conséquence des autres troubles de la cellulite ; le plus habituel est la sclérose du derme et de son pannicule.

A côté des symptômes généraux de la cellulite, on peut placer les symptômes de la cellulite abdomino-pelvienne qui, par leur situation, sont un peu différents de ceux de la cellulite sous-cutanée. En effet, la cellulite abdomino pelvienne simule des tumeurs, et c'est ce qui la différencie de la cellulite générale. On y trouve des symptômes généraux et des symptômes locaux. Comme symptômes généraux succédant souvent rapidement aux symptômes locaux, ce sont ceux que STAFFER

a décrits sous le nom de misère gynécologique : Ce sont le faciès et l'habitus : les traits sont tirés, la démarche est difficile, la sensation de pesanteur au bas-ventre et les élancements douloureux les arrêtent à chaque instant. La peau est sèche, le ventre présente souvent l'épaississement notable de la couche adipeuse avec des noyaux durs et douloureux à la malaxation, empêchant le port du corset.

Parmi les symptômes pelviens, le premier est la douleur, localisée selon l'étendue de la cellulite, s'irradiant dans les régions lombaires. Le deuxième est la tumeur que l'on sent au toucher bi-manuel ; on constate l'existence d'une formation, dure ou molle, variable comme volume, située autour des annexes ou dans l'épaisseur des ligaments, adhérente ou non à l'utérus. Ces formations ont un signe caractéristique qui leur est propre : c'est leur variabilité. D'un jour à l'autre et surtout au moment des époques elles peuvent changer de volume et de consistance, et disparaissent au moins en partie sous l'influence du massage.

Ces tumeurs ou plutôt ces fausses tumeurs accompagnées outre la douleur, de troubles circulatoires produisent des ménorrhagies ou des métrorrhagies et elles ont souvent été l'objet d'interventions chirurgicales. La cellulite abdomino-génitale est souvent accompagnée de cellulite sous-cutanée, et ce peut même être un moyen de diagnostic lorsqu'on hésite pour une tumeur, lorsqu'on trouve en même temps la présence de celle-ci.

FORMES CLINIQUES & DIAGNOSTIC

Les formes cliniques de la cellulite sont très nombreuses et varient selon l'endroit où le tissu cellulaire est attaqué. Les principales modalités se rencontrent surtout dans le domaine névralgique. Au membre supérieur, c'est la fausse névralgie intercostale avec douleur siégeant dans les ramuscules cutanés qui s'épanouissent dans la peau de la paroi thoracique avec irradiations à l'épaule, au bras et à la région lombaire. On voit que l'on n'a pas affaire à une névralgie intercostale parceque, en pinçant la peau au niveau d'un filet nerveux, la sensation simplement désagréable ordinairement, se change alors en vive douleur. On peut encore éveiller la douleur caractéristique en comprimant la peau contre une côte. Après la névralgie intercostale, la névralgie sciatique est une des formes cliniques les plus fréquentes de la cellulite : on peut mettre alors en évidence les points de Valleix mais on les obtient non seulement en comprimant le nerf sur le plan osseux sous-jacent

mais aussi en pincant la peau à l'endroit correspondant. A côté de ces névralgies, on note celles du trijumeau avec un peu de cellulite à l'émergence du nerf. Les névralgies du bras, de l'avant-bras, de l'épaule, sont aussi fréquentes et souvent confondues avec des affections articulaires ; on trouve de même des douleurs rhumatoïdes ayant pour siège la nuque, les épaules, surtout chez les femmes qui se couvrent insuffisamment le haut du corps. La localisation lombo sacrée de la cellulite donne lieu à des névralgies simulant le lombago et faisant croire à une affection musculaire. La cellulite de la région abdominale correspondant au point de Mac Burney, a simulé des crises d'appendicite non seulement chez la femme, mais aussi chez l'homme.

La cellulite autour des articulations donne lieu à des péri-arthrites caractérisées par un épaissement des tissus qui concourent à la protection et au soutien de l'articulation, et endolorissement général de l'articulation et des muscles.

Par sa symptomatologie comme par son étiologie, la goutte, cette autre manifestation de l'arthritisme, accuse donc les liens de parenté qui l'attachent à la cellulite.

L'œdème-pré-scléreux du tissu conjonctif sous-cutané peut se propager au tissu de même nature qui entoure les veines et produire de la péri-phlébite. Cette péri-phlébite accompagne et suit toujours la phlébite, mais peut exister en dehors d'elle.

Elle procure une sensation de pesanteur dans les

membres inférieurs et dans la région abdominale avec sensations de froid et de chaud.

Dans la cellulite abdomino pelvienne, on trouve encore des névralgies qui sont dues au début, à de la cellulite sans envahissement notable et sans perception notable au toucher ou à la palpation. Puis, alors lorsque la cellulite est plus accusée, on a un empâtement des organes du petit bassin faisant croire à des tumeurs variables selon le siège où on les trouve. Ce sont surtout des métrites parenchymateuses, des salpingites, des ovarites, des tumeurs variées, quelquefois semblant solides, quelquefois liquides. Si cette cellulite est accompagnée de fièvre, on peut croire même à des collections suppurées.

Parmi toutes ces formes cliniques, le diagnostic est quelquefois difficile à faire, au premier abord : on aura recours au traitement qui procure une amélioration rapide. Le diagnostic de la cellulite cutanée n'est pas difficile à faire : les symptômes ne sont pas toujours au complet, mais sont très nets quand ils existent. Pour ce qui est des tumeurs cellulitiques, leur changement continuel de grosseur, même de localisation les font facilement diagnostiquer. Pour la cellulite sous-cutanée, le réveil de la douleur superficielle évitera les confusions : ainsi par exemple dans la pseudo appendicite ou la pseudo sciatique. De plus, la présence concomitante en plusieurs endroits de la cellulite pourra aider à faire le diagnostic ; ainsi par exemple, si on hésite chez une malade pour savoir si telle tumeur ou telle névral-

gie est d'origine cellulitique et que l'on trouve ailleurs de la cellulite du bras ou de l'épaule par exemple, le diagnostic en sera éclairé.

Autrement on peut toujours essayer le traitement celui-ci, sagement manié, est toujours inoffensif, et dans un grand nombre de cas il suffira à consolider un diagnostic.

TRAITEMENT

Quel sera le traitement de la cellulite ?

Il y a 2 sortes de traitements, un préventif et un curatif, ce dernier se divisant en deux : le traitement local et le traitement général. Le traitement préventif est le traitement étiologique ; il se déduit de notre conception de la maladie ; c'est un traitement hygiénique, visant seulement l'alimentation et la nutrition. C'est le plus difficile à faire suivre, car un individu qui n'a jamais été malade ou même qui l'a été, prendra difficilement des précautions pour éviter une maladie dont il ne sent pas les atteintes et voudra attendre de l'avoir pour se résigner à se soigner. Cependant aux sujets arthritiques, hypertendus d'hérédité arthritique, on doit enseigner et imposer dans la mesure du possible, les principes d'hygiène qui retarderont les accidents de cellulite dans le cas où ils ne les empêcheraient pas. Aux sédentaires (employés de bureaux, de magasins, couturières, cuisinières,) on doit ordonner du mouvement, de la marche à l'air libre, de la gymnastique, des sports.

Ils doivent essayer par tous les moyens d'activer leur circulation qui tend toujours à se ralentir et à faire d'eux des congestifs ; il faut ordonner des bains, des frictions cutanées, le port de vêtements souples et aérés. En dehors des causes extérieures il faut surveiller la nourriture et les boissons, éviter les repas copieux et épicés, les liqueurs alcoolisées qui favorisent la sclérose. En un mot, hygiène intérieure, hygiène extérieure avec emploi des moyens divers capables de donner une nutrition meilleure et une élimination suffisante des déchets, tel est le traitement préventif de la cellulite.

Le traitement curatif s'adresse à la cause locale et à la cause générale.

Le traitement local est la Kinésithérapie ; il consiste à libérer les nerfs de leur gangue de tissu conjonctif œdémateux et adipo scléreux, à rétablir la circulation dans les cellules et à faire éliminer les produits qui y étaient accumulés. Il faut, avant de faire ce traitement normal, bien s'assurer que c'est le tissu cellulaire qui est en cause, et qu'il n'existe pas de lésions sous-jacentes, sur lesquelles le traitement aurait une action déplorable. Le traitement de choix est le massage, selon la méthode de Thur, Brandt, Stapfer ; il a pour principe l'excitation des terminaisons nerveuses cutanées. Il consiste dans une malaxation digitale des tissus les plus superficiels, peau et pannicule adipeux, soulevés et isolés des plans sous-jacents. Dans les régions où cette manœuvre est difficile ou impossible souvent à cause de la douleur, on exerce à l'aide de l'index ou du médius une pression

analogue au vibrato des violonistes. Lorsque l'on a affaire à la panniculite, qui est cette variété de cellulite qui consiste en la présence dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale chez les hommes et chez les femmes plus ou moins obèses, de noyaux durs volumineux atrocement douloureux à la pression, formant autour de l'ombilic un croissant à concavité dirigée vers le sternum, il faut dans ces formes volumineuses saisir à pleines mains ces masses adipo-scléreuses péri-ombilicales, et les pétrir doucement sans perdre un seul instant le contact.

Le massage variera donc selon les formes auxquelles on aura affaire ; ainsi par exemple, une cellulite limitée aux alentours d'une cicatrice pourra exiger moins de ménagements qu'une cellulite produisant une névralgie grave du trijumeau. Mais il faut toujours aller progressivement, car l'excitation peut être trop forte et provoquer, dans l'intervalle des séances, de l'agitation, de l'insomnie et quelquefois même, si le traitement est appliqué sans les précautions voulues des crises aiguës d'urémie, par les produits toxiques que l'on envoie dans la circulation.

Il faut au début quelques séances de massage pour chacun des points douloureux que l'on aura trouvés, en ne dépassant pas deux minutes par région et 20 minutes pour la séance. Dans les formes ordinaires le résultat apparaît vers la 15^e séance, mais souvent il est plus long à obtenir, plusieurs semaines et quelquefois plusieurs mois, en passant par des alternatives où les pro-

grès sont rapides ou bien, au contraire, où ils semblent ne point exister. Cependant chaque séance produit un adoucissement des crises, un bien être relatif, une sensation de légèreté et de résistance à la fatigue, qui les fait comparer par les malades à l'ingestion d'un cachet anti névralgique.

Tel est le traitement curatif : il améliore beaucoup les douleurs du malade, diminue les œdèmes, rend souples les mouvements dans les formes moyennes de cellulite. Le traitement général est celui de l'arthritisme, cause première de la cellulite que nous étudions ; l'arthritisme nous apparaît comme un vice de nutrition avec altération du tissu conjonctif et formations de dépôts dans ces divers tissus. Donc tous les moyens propres à résoudre les engorgements cellulaires et à mobiliser ces dépôts seront utiles dans la cellulite, c'est d'ailleurs ce qu'a montré la pratique ; ce sont les purgatifs surtout cholagogues employés à doses minimales mais répétées, c'est à ce titre que les eaux minérales laxatives conviennent parfaitement ; l'action diurétique doit plus encore être recherchée comme moyen de désintoxication et de dissolution qui entraînent ces déchets. Les eaux sulfatées calciques qui ont à la fois une action solubilisante marquée et un pouvoir diurétique intense, dont l'expérience nous a montré les bons effets, seront à juste titre préférées. Mais on ne doit pas oublier que leur emploi est particulièrement indispensable au cours de la période des massages qui provoquent la régression de la cellulite et mobilisent des déchets qu'il y a lieu d'enlever au fur et à mesure.

Mais les effets sont beaucoup moins marqués dans les formes avancées, le diagnostic précoce sera donc très utile, puisqu'il permettra plus facilement aux traitements hygiénique et kines, thérapeutique d'obtenir un résultat plus rapide, plus complet et plus durable.

DEUXIÈME PARTIE

Observations

Dans cette deuxième partie de notre travail nous apportons des observations dues surtout au docteur BOULOUMIÉ, ainsi qu'aux docteurs DAUSSET et MEILLÈRE et à nous-même, où nous montrons la coexistence de cellulite plus ou moins avancée avec des maladies se rapportant à l'arthritisme telles que la goutte, les névralgies, les lithiases rénale et biliaire, les rhumatismes.

OBSERVATION I

Madame X.... 62 ans.

Coliques néphrétiques, goutte, coliques hépatiques, néphrite calculeuse. Cellulite.

1910. — Soignée à Vittel depuis 1900 pour les diverses manifestations citées ci-dessus, alternatives ou successives. En 1910, époque où la cellulite a été constatée pour la première fois la malade était déjà une obèse pesant 90 kilogs. On notait encore quelques légères hématuries et la présence dans les urines de sable et de graviers. Elle accusait des douleurs dans le genou droit surtout après la marche. Le genou gauche était aussi tuméfié avec sensation de craquements neigeux et indurations cellulaires douloureuses au creux poplitée. La malade était de plus atteinte d'entéroptose. Sa tension était de 22. On constate à l'auscultation un retrécissement aortique très net et des râles de déplissement des 2 bases.

1911. — Pas de colique hépatique ou néphrétique depuis la cure de 1910, mais quelques malaises apparaissent du côté du foie ; parfois on note quelques nausées au réveil. Il y a chez elle de la constipation habituelle et de date ancienne, qui l'oblige à continuer l'emploi des laxatifs (sulfate de soude sels de Carlsbad, source salée de Vittel), qu'indiquent plus particulièrement l'état du foie. Les mictions sont normales, les urines abondantes et sans dépôt. On ne note plus la présence de sables et de graviers. Les genoux sont toujours douloureux, raides et faibles surtout à gauche.

On ne constate plus de symptômes pulmonaires et parfois

seulement des battements artériels diminués, parfois aussi de la céphalalgie. La tension artérielle est de 20 ; artério capillaire 15° ; à l'examen on constate toujours de la gêne dans les genoux, douloureux, avec cellulite des deux côtés à la partie interne, nodosités douloureuses et empâtement de toute la région qui limite les mouvements de l'articulation, quoique celle-ci soit intacte. On note aussi quelques nodosités du tissu cellulaire à la partie interne des cuisses, qui sont extrêmement douloureuses, autour du creux poplité surtout du côté gauche, on trouve un paquet de cellulite très net, mais plus de crépitation neigeuse dans les articulations. Le traitement fut fait par les bains de lumière et le massage spécial.

Après 10 jours, le genou est amélioré, il est moins douloureux et la flexion est plus facile. L'examen des urines pratiqué à cette date montre :

Urines limpides

Filaments blanchâtres

Densité..... 1,015

Acidité..... 2 (échelle de 1 à 5).

Albumine.... 0,20

Sucre 0

Urée..... 10

Acide urique. 0,39

Petits cristaux uriques et quelques rares globules rouges et blancs au microscope. Sang reconnu chimiquement.

1912. — Pas de coliques hépatique ou néphrétique depuis la cure de 1910 ; toujours quelques sensations douloureuses vers le foie et vers les reins. Constipation toujours prononcée. Légères hématuries intermittentes, passagères et indolores, surtout provoquées par la fatigue, survenant sans aucune douleur néphrétique ou vésicale. La cellulite persiste, bien

qu'améliorée et provoque des douleurs dans les genoux, de même en arrière du cou.

Au début de sa saison, on note un peu d'insomnie et quelques légères céphalalgies.

La tension est de 19°5 artérielle, 15° artério-capillaire.

Le 8^{me} jour de la cure, la céphalalgie est à peu près disparue, mais il y a une lassitude générale accusée. Les urines sont abondantes, les douleurs et raideurs des genoux sont diminuées, le sommeil réapparaît mais il y a toujours une sensation de malaise et de lassitude, surtout après les repas. Le massage spécial systématique et régulièrement pratiqué amène une amélioration notable.

OBSERVATION II.

Madame X..., 40 ans.

1910, — Menstruation régulière, faiblesse générale. Depuis 10 à 12 ans la malade présente des douleurs dans les jambes et depuis 3 ans seulement, des douleurs dans les pieds, quelquefois accompagnées de gonflements et de rougeurs. Depuis 6 mois pertes jaunâtres. L'appareil digestif est normal, pas de douleurs hépatiques, rien de néphrétique, ni d'urinaire. Depuis 3 semaines la malade tousse légèrement, mais n'accuse ni palpitations, ni oppression, ni migraine.

A l'examen on constate de petits tophus aux doigts ; un léger abaissement du rein droit et présence de cellulite au bras et au cou. Au cou c'est surtout un empâtement localisé dans la région du trapèze et dans celle de la nuque.

Au bras on en trouve dans la région du deltoïde et du

biceps avec présence de gros cordons et de nodosités de la grosseur d'un pois très douloureux.

L'examen des urines donne :

Urines foncées	
Limpides	
Dépôt rouge	
Densité	1,028
Acidité	4
Albumine	0
Sucre	0
Urée	30,3
Acide urique	0,54

Présence de gros cristaux uriques au microscope. Au cours de la cure, on note, au début seulement, des digestions difficiles dans l'après-midi, quelques cauchemars par indigestion, un peu de constipation.

Déjà soignée pour sa cellulite en Angleterre, elle fut améliorée ; le Dr Dausset lui continua des séances de massage spécial qui amenèrent la résolution des nodosités et une diminution des douleurs des plus marquées. A la fin de la cure, les nodosités du bras avaient diminué de moitié et les douleurs ainsi que la crépitation avaient complètement disparues.

5 *Septembre*. — L'examen des urines donne

Urines Foncées.

Limpides.

Densité	1,022
Acidité	3
Albumine	0
Sucre	0
Urée	18,6
Acide urique	0,47

Au microscope quelques petits cristaux uriques quelques rares traces d'oxalate.

1911. — On constate une amélioration manifeste depuis la cure de 1910. Les pesanteurs dans les jambes ont diminuées. ainsi que les douleurs et les gonflements surtout nocturnes.

L'examen des urines donne :

Urines foncées.

limpides.

Quelques granulations jaunes.

Densité 1.025

Acidité 3

Albumine 0

Sucre 0

Urée 19,8

Acide urique 0,48. Tension artérielle de 17

Présence au microscope de cristaux uriques. La digestion est bonne, la marche facile, plus de constipation. La cellulite est beaucoup moins étendue et moins accusée que l'année précédente, les tissus sont souples, ne sont plus douloureux et permettent un massage beaucoup plus énergique.

Le résultat est des plus satisfaisants.

OBSERVATION III

Madame X..., 55 ans.

Albuminurie Goutteuse

1912. — Depuis 30 ans, la malade présente des douleurs rénales avec néphrite et cystite. Il y a 14 ans, fut soignée à

Vittel pour urines purulentes et état goutteux, douleurs localisées au gros orteil qui était tuméfié, violacé. Depuis 6 à 7 ans constatation d'accès de goutte francs. Entre les accès douleurs fréquentes au gros orteil.

De 1900 à 1906, hématuries fréquentes, spontanées, disparues depuis 2 ans, sans expulsion de calculs. Depuis lors, douleurs surtout à gauche : tuméfaction des gaines tendineuses surtout au poignet gauche et aux 2 genoux. Douleur sciatique presque constante depuis des années, parfois avec douleur aigue très vive au pli génito-crural.

Quelques douleurs rénales surtout lorsque la malade est couchée. Depuis 10 ans, présence d'albumine dans les urines (de 1 gr. à 0,35 cent.). Traces de sucre.

Le régime lacté absolu institué à cette époque (juin 1911) pendant 15 à 20 jours réduit le sucre de 0,88 à 0,11.

Les urines sont en quantité très variables et les mictions fréquentes la nuit, de 3 à 4.

Depuis 4 ans, la malade présente des troubles hépatiques caractérisés par des douleurs épigastriques immédiatement suivies de selles biliaires.

La tension artérielle : 20

— artério-capillaire : 13,5

Depuis longtemps la malade présente des douleurs au rein droit provoquées par la flexion du corps ; à l'examen on constate un œdème tibial très marqué, de la cellulite très accusée aux jambes. Beaucoup de crépitation et peu de nodosités mais œdème très douloureux. Empâtement surtout du côté du mollet et moins dans la cuisse, œdème dur et douloureux dans la jambe, crépitations le long du jambier antérieur sous une pression modérée.

L'examen des urines donne :

Urines légèrement foncées.

Limpides

Légères granulations

Densité . . . 1,018

Albumine . . . 0

Sucre . . . 0

Urée . . . 14,7

Acide urique . . . 0,42

Nombreux cristaux uriques au microscope.

Tension 18 et 13

Urines du matin :

Légèrement foncées

Densité . . . 1,017

Acidité . . . 3

Albumine . . . 0,50

Sucre . . . 0

Urée . . . 12,4

Acide urique . . . 0,42

Quelques rares leucocytes.

Urines du soir :

Légèrement foncées

Floconneuse et sable rouge

Densité . . . 1,020

Acidité . . . 3

Albumine . . . 1,50

Sucre . . . 0

Urée . . . 12,8

Acide urique . . . 0,39

Très nombreux leucocytes, rares petits cristaux uriques.

1912. — Depuis la cure de Vittel en 1911, pas d'accès de goutte mais encore assez souvent quelques douleurs au pied

gauche et dans le genou. Douleurs sciatiques à droite. Actuellement, articulation douloureuse à la hanche, à la partie interne, vers l'aîne. Par moments, sensation de « jambe cassée » en marchant. Douleur à la marche et bien-être par le repos au lit. Depuis l'année précédente, les maux de reins ont à peu près disparu, toutefois réapparition depuis 1 mois d'un peu de douleur au rein droit. Rien d'appréciable dans les urines. En général grande amélioration, urines plutôt abondantes la nuit surtout, l'albumine est diminuée, les œdèmes sont diminués, la digestion se fait mieux et on note la disparition des crises hépatiques.

Pendant la cure, réapparition de malaises et de douleurs gastriques suivies de diarrhée bilieuse. Encore quelques oppressions, mais diminuées.

Tension artérielle = 18

A l'examen on constate encore de la cellulite à la cuisse et au mollet, mais beaucoup moins marquée que l'année précédente. La disparition des douleurs et la réapparition des forces; font que la malade peut marcher sans canne.

Déjà depuis la ménopause disparition des migraines.

Un examen d'urines donne :

Urine légèrement foncée.

Granulations blanches.

Densité 1,012

Acidité 4

Albumine 0,25

Sucré 0

Urée 10,3

Acide urique 0,33

Très nombreux cristaux d'oxalate au microscope. Sous l'influence de la cure, la malade s'améliore rapidement. Une diu-

rèse abondante s'établit elle est suivie d'une sensation de bien être manifeste ; les douleurs sciatiques et autres diminuent, le sommeil revient, l'appétit et la digestion sont normaux, la souplesse et le mouvement dans les membres inférieurs sont revenus en partie à la normale, la tension artérielle est tombée à 15. Les douleurs spontanées et à la pression au cours du massage sont presque abolies dans les régions atteintes de cellulite.

OBSERVATION IV

Mme X..., 44 ans.

*Arthritique, Obèse, Bourdonnements, Surdité,
hérédité arthritique*

1912. — De santé habituelle très bonne, r  gl  e normalement. Il y a 15 ans a présenté une furonculose intense dans les 2 oreilles (54 furoncles en 9 mois) et a depuis perdu l'ouïe progressivement. Elle a depuis des bourdonnements et parfois des vertiges sans nausées.

L'année dernière douleur sciatique à gauche. Douleurs à la plante des pieds parfois accompagn  e de rougeurs.

Antérieurement quelques céphalalgies, augment  es depuis 3 à 4 ans. Accès de névralgies faciales    début péri-orbitaire arrivant jusqu'à l'occiput durant 1 à 2 jours, accès violents, irréguliers survenant surtout à l'occasion de causes psychiques.

L'examen des urines donne :

Urines foncées.

Granulation de couleur jaune.

Densité 1,023

Acidité 4

Albumine 0

Sucre 0

Urée 19.7

Acide urique 0,52

Grands et petits cristaux uriques très abondants au microscope.

Tension artérielle : 18°6.

Pendant 2 jours la malade présente dans ses urines très abondantes des sédiments uratiques, à l'examen on constate : obésité très accusée, indurations cellulitiques dans la jambe droite avec nodosités et crépitations difficiles à percevoir, noyaux de cellulite se révélant surtout par la douleur.

Le massage spécial concurremment avec le traitement interne amène une amélioration notable.

OBSERVATION V

Mme X..., 58 ans, *arthritique*.

*Depuis 7 ans, manifestations arthritiques multiples,
hépatiques, néphrétiques et articulaires,
3 cures antérieures à Vittel.*

1912. — Au cours de l'année, douleurs de rein fréquentes localisées à droite. Plusieurs fois imminence de coliques néphrétiques. Mictions fréquentes indolores, urine en quantité normale. Digestion bonne, mais constipation souvent très marquée. En juin, intoxication alimentaire avec vomissements, diarrhée 3 à 4 jours, à cette occasion, imminence de

colique néphrétique. Depuis l'état s'améliore et brusquement surviennent dans la nuit des étouffements accompagnés de migraines, de sueurs froides, de palpitations, pas de vomissements, mais diarrhée.

En même temps douleurs dans les doigts, avec déformations articulaires phalangiennes, et dans les malléoles ; pieds tuméfiés parfois, sans œdèmes ; à l'examen : râles de déplissement en arrière avec frottements des 2 côtés plus marqués à droite ; vésicule biliaire très sensible ; cellulite sur le tibia droit et surtout au niveau des malléoles, caractérisée par de la crépitation et de l'empâtement.

Urines abondantes, avec présence de sable sans douleur rénale au cours de la cure.

Urines : Légèrement foncées.

Densité 1,013

Acidité 3

Albumine 0

Sucre 0

Urée 11,7

Acide urique 0,41

Persistance d'oppression intermittente avec quelques râles de bronchite légère, douleur au dessous du sein gauche ; douleur urétérales inférieures doubles avec émission indolore de sables.

Amélioration rapide et progressive des symptômes de cellulite par ce traitement local, associé au traitement hydrominéral interne.

OBSERVATION VI

Madame X..., 60 ans. *Goutteuse.*

Ménopause à 53 ans. Santé habituelle médiocre, accès de goutte, d'oliguries avec œdèmes. Tuberculose dans l'adolescence. Jusqu'à sa ménopause, pendant ses règles douleurs et vomissements, de tous temps digestion difficile, dyspepsie acide, douleurs 3 à 4 heures après les repas, diminuées actuellement. Pas de symptômes hépatiques.

Depuis quelques années, douleurs sourdes au rein gauche, continues et plus ou moins intenses ; jamais de douleurs aiguës provoquées par la fatigue. Dans les urines, dépôts sédimenteux ; oliguries avec besoins très fréquents mais mictions indolores. Depuis longtemps douleurs dans les pieds puis dans les mains et dans les épaules ; il y a 3 ans grands accès de douleurs aux 2 pieds et aux genoux avec gonflement et rougeur obligeant la malade à rester 5 semaines au lit (accès à goutte).

Depuis lors, plus de grands accès, mais toujours douleurs surtout étant couchée.

La malade n'a pas d'appétit, a des digestions difficiles et une constipation opiniâtre et présente du ballonnement abdominal et un gonflement très accusé des jambes.

Ni céphalalgie.

Ni palpitations.

Tension artérielle : 15°.

Au premier examen, les urines présentent :

Urines foncées.

Limpides.

Granulations jaunâtres.

Sable rouge.

Densité 1,028

Acidité 4

Albumine 0

Sucre 0

Urée 27,6

Acide urique 0,54

A l'examen : Constatacion d'œdème très marqué des membres inférieurs surtout sur le tibia, et cellulite presque généralisée.

On note de la panniculite assez douloureuse. Les régions spécialement atteintes sont les cuisses, les bras dans la région deltoïdienne et les épaules dans la région du trapèze.

Après le traitement, la malade éprouve une sensation de bien être très marquée : les digestions et le sommeil sont bons, les urines abondantes ; l'état général est meilleur quoique le traitement local n'ait pas encore donné tous les résultats à en attendre.

Un nouvel examen des urines donne :

Urines légèrement foncées.

Limpides

Densité 1,027

Acidité 3

Albumine 0

Sucre 0

Urée 22,8

Acide uriq. 0,50

Présence de cristaux uriques au microscope.

OBSERVATION VII

Madame X..., 35 ans, *goutte*.

9 août 1911. — Depuis 10 ans : maux d'estomac, nausées, tantôt avant et tantôt après les repas, en même temps que douleurs, très vives parfois, d'une durée d'une demi-heure, avec irradiations scapulaires ; constipation.

Depuis 3 ans apparaissent des douleurs dans le membre inférieur, localisées au genou et au pied et plusieurs accès subaigus de goutte au gros orteil.

Céphalalgies fréquentes sans palpitations. A l'examen des urines :

Urines légèrement foncées

Limpides

Granulations jaunes

Densité 1,027

Acidité 3

Albumine 0

Sucre 0

Urée 18,4

Acide urique 0,46

Au microscope, nombreux cristaux uriques et leucocytes.

16 août. — L'état général est meilleur, sauf céphalalgie revenant tous les jours vers 3 à 4 heures et durant 1 à 2 heures sans état nauséeux.

La menstruation survient et se poursuit sans les manifestations douloureuses habituelles.

21 août. — La céphalalgie a disparu mais est apparue une douleur intercostale gauche sourde.

A l'examen on ne note pas de points très précis de cellulite mais on sent de la crépitation un peu partout, disparue après le massage et les bains de lumière. Les douleurs sont aussi disparues et l'appétit est revenu.

Examen des urines :

Légèrement colorées

Légèrement troubles

Densité 1,015

Acidité 3

Albumine traces

Sucre 0

Urée 16,4

Acide urique 0,53

Nombreux débris muqueux et leucocytes.

OBSERVATION VIII

Madame X..., 50 ans. *Goutte.*

Juillet 1912. — Ménopause survenue brusquement à la suite d'une émotion il y a 3 ans. Depuis l'âge de 40 ans ; douleurs rhumatismales erratiques, quelques déformations des doigts surtout à l'index gauche depuis 6 mois. Rien aux pieds.

Il y a 5 ans, accès de goutte de quelques heures au gros orteil gauche, douleurs sacro-lombaires et iliaques reparues depuis 1 mois.

Il y a 1 an la malade est prise de violentes céphalalgies qui

s'améliorent puis reprennent à la suite d'une intoxication alimentaire. La céphalalgie s'exagère à nouveau et la sécrétion urinaire est manifestement insuffisante.

A l'examen : rien au foie, à la rate, au cœur et aux poumons.

A la palpation, tibias douloureux et on trouve à leur niveau, ainsi que dans la région de la nuque de la cellulite étendue. La douleur provoque de la contracture des muscles.

Un examen des urines donne :

Légèrement colorées

Limpides

Granulations et sable rouge

Densité 1.019

Acidité 2

Albumine 0

Sucre 1,20

Urée 16,4

Acide urique 0,48

Gros et abondants cristaux uriques au microscope.

Au début du traitement les urines sont relativement peu abondantes, un peu de constipation.

Tension artérielle 17, 18

Pas de douleurs rénales.

Sous l'influence de la cure l'appétit et les digestions redeviennent normaux, les urines abondantes avec présence le matin de sable rouge. Les selles sont laxatives.

La tension reste à 18°.

L'examen des urines donne :

Urines claires

limpides

Granulations et sable jaune.

Densité	1,014
Acidité	3
Albumine	0
Sucré	0
Urée	9,6
Acide urique	0,35

Abondants et gros cristaux uriques au microscope.

21 juillet. — Réapparition de douleurs dans les 2 gros orteils, passagères et plusieurs fois reparues.

Diminution de poids de 4 kilogs.

Résultat. Sous l'influence du massage et des courants faradiques on constate une amélioration manifeste. La nuque est redevenue souple et les muscles ne présentent plus de contracture.

OBSERVATION IX

Madame X... *Neuro arthritisme.*

Antécédents, 5 grossesses. 3 enfants vivants, rien d'anormal à cette occasion.

La santé habituelle est généralement bonne mais la malade est très émotive, à un appétit médiocre mais digère bien.

Elle se plaint de douleurs fréquentes sur les fesses, au sacrum et dans les 2 mains. On a constaté chez elle 4 ou 5 fois un excès d'acide urique. Les urines sont plutôt peu abondantes.

La malade a des céphalalgies fréquentes, parfois avec vo-

misements le matin ; souvent au réveil, vertiges, calmés par n'importe quel aliment.

Parfois aussi sensations d'oppressions ou de palpitation et de constriction du cou. Le sommeil est mauvais surtout dans la 2^e partie de la nuit. A l'examen on note de la cellulite généralisée avec épaissement du tissu cellulaire et présence de nombreuses nodosités et sensations de crépitation.

L'épaississement du tissu cellulaire existe surtout à la face, aux paupières, à la nuque et au sein gauche où il provoque des accès de suffocations, de fausse angine de poitrine. Le massage, au début très douloureux, provoque dit la malade, de l'irritabilité nerveuse.

Un examen des urines donne :

Urines claires
Légèrement granuleuses

Densité 1,014

Acidité 2

Albumine 0

Sucre 0

Urée 11.6

Acide urique 0,35

La tension artérielle est de 15 et à l'auscultation on note un rétrécissement aortique.

Au cours du traitement on ne note pas de céphalalgies, pas de vertiges seulement des sensations de constriction du cou.

Le sommeil est plus ou moins bon suivant les symptômes généraux. Et rapidement la guérison s'établit.

OBSERVATION X

Madame X..., 38 ans. *Neuro arthritisme*.

1910. — Anémiée dans l'enfance, menstruation régulière, pas de grossesse. Jusqu'à 18 ans des accès de paludisme. Entre 18 et 20 ans fréquentes migraines accompagnées de vomissements. Parfois sensations de douleurs rétro-sternales, irrégulières. Soit généralement vive, selles régulières et normales. Depuis quelques années, douleurs rénales (plutôt lombaires) difficultés à redresser le tronc en flexion. Dans les urines présence fréquente de sable et de sédiments. De tous temps et particulièrement depuis 4 à 5 ans a eu des douleurs sourdes dans les muscles et dans les articulations. Parfois gonflement sous claviculaire. Par la fatigue, douleurs inter-scapulaires suivies de sommeil mauvais, cauchemars. La malade est fréquemment oppressée après une ingestion de boisson et après une période de repos. Tension artérielle 17°.

A l'examen, on constate de la sensibilité de la vésicule biliaire, de la tuméfaction de la peau dans la région cervico-scapulaire et de la cellulite généralisée avec crépitation neigeuse, plus marquée aux jambes, aux bras. Dans le dos on trouve plus spécialement de l'empâtement et des nodosités douloureuses dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale. Avec ces phénomènes la malade a une sensation de lassitude générale avec des douleurs erratiques plus accusées surtout dans le dos et sensation de brûlure œsophagienne indépendante des repas. Examen des urines :

Urine légèrement foncée
Limpides
Granulations et sable rouge
Densité 1,019
Acidité 4
Albumine 0
Sucre 0
Urée 18,4
Acide urique 0,50

Abondants cristaux uriques et gros globules, au microscope.

1911. — Depuis 1 an, moins de douleurs entre les épaules et moins de maux de reins. Cependant persistance de sensation de brûlure dans la région rétro sternale. Parfois tantôt une heure, tantôt quelques heures après les repas, points douloureux intenses dans la région sus-sternale et xiphoidienne avec oppression, gonflement des lèvres et sensation de brûlure. En même temps gonflement des pieds durant 2 jours et quelques douleurs dans les bras et les mains. A la suite de fatigues quelques céphalalgies.

La tension artérielle est de 17°6.

Un examen des urines donne :

Urines foncées.
Limpides.
Densité 1,025
Acidité 4
Albumine 0
Sucre 0
Urée 19,8
Acide urique 0,50

Présence de cristaux uriques au microscope.

A l'examen on constate en certains points de la tuméfaction du tissu cellulaire avec une cellulite généralisée chronique ; la vésicule biliaire est encore sensible. De plus la malade a un urticaire persistant depuis longtemps. Elle présente toujours des céphalalgies surtout occipitales, vertiges très marqués au réveil et lassitude générale.

La cellulite a beaucoup diminuée sous l'influence du traitement, mais la chronicité de l'affection fait que le résultat n'est pas encore complètement obtenu.

OBSERVATION XI

Monsieur X..., 65 ans. *Goutte. Lithiase rénale.*

Antérieurement traité pour goutte et manifestation articulaire coliques néphrétiques, néphrite calculeuse.

1910. — Depuis 3 ans le malade n'a pas expulsé de calculs urinaires. Il existe cependant des douleurs intermittentes au rein gauche avec points antérieurs et postérieurs. Pas de douleurs urétérales. Après les fatigues hématuries disparaissant par le traitement ; les hématuries sont plus accusées par la constipation, mais les douleurs que présentait le malade ont disparu depuis l'apparition des hématuries. Une radiographie faite pour recherche d'un calcul rénal n'a pas donné de résultats.

Un examen des urines donne :

Urines limpides

Légères granulations

Densité 1,012

Acidité 4

Albumine 0

Sucre 0

Urée 11,2

Acide urique 0,48

Présence de nombreux cristaux uriques au microscope.

1911. — Depuis quatre ans le malade n'a pas expulsé de calculs. Toujours persistance de douleurs intermittentes au rein gauche avec point dans la ligne axillaire; point postérieur moins marqué. Pas de douleurs urétérales,

Les hématuries apparaissent par la fatigue, la marche ou la flexion un peu prolongée du tronc. L'hématurie est indolore, mais cependant un peu accompagnée de ténesme, sans autre symptôme vésical. La constipation existe lors de toutes les hématuries. Le malade ne présente plus de douleurs goutteuses; il a de l'oppression avec phénomènes cardiaques à la suite d'une marche rapide.

Tension artérielle: 19,5

Les urines sont colorées, sans dépôt, assez abondantes.

Un examen des urines donne :

Urine claire

Limpide

Légères granulations.

Densité 1,010

Acidité 3

Albumine 0

Sucre 0

Urée 8,9

Acide urique 0,32

Quelques petits cristaux uriques au microscope. A l'examen le malade présente surtout de la cellulite cervicale avec empâ-

tement cellulaire au niveau des muscles de la nuque et du trapèze. L'empâtement produit des troubles de circulation se manifestant par de la céphalée, des névralgies dans la région de la nuque, douloureuses, calmées par l'air chaud. Par le massage et le pétrissage, les douleurs disparaissent, la région s'assouplit considérablement, le malade qui avait une immobilisation de la nuque peut faire des mouvements de rotation sans douleur.

Juillet 1912. — Plus de coliques néphrétiques ni d'accès de goutte, mais, par la fatigue ou une marche de 3 kilomètres, les hématuries apparaissent, de même à la suite de flexion du corps pour travaux de jardinage. Hématuries toujours sans douleur aucune. Mais persistance de la douleur rénale suivant la ligne axillaire et en arrière. Lors des hématuries les besoins d'uriner sont plus fréquents et l'hématurie est plus abondante au début qu'à la fin de la miction, les mictions sont aussi plus fréquentes par la marche. Plus d'accès de goutte, ni de douleurs articulaires. Les urines sont constamment troubles, colorées avec dépôts rougeâtres muqueux adhérent au vase, sédimentaires. 7 à 8 mictions diurnes et nocturnes. Encore un peu d'oppression mais plus de symptômes neurasthéniques avec sommeil bon.

Amélioration notable des symptômes généraux et des symptômes locaux sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XII

Monsieur X..., 56 ans. *Neuro arthritique.*

Juin 1911. — Malade atteint de surmenage cérébral, insuffisance d'exercice, devenu dyspeptique depuis 25 ans à la suite de repas trop rapides. Il y a 13 ans, pour la 1^{re} fois le malade éprouve une douleur aigue de l'épaule droite et prolongée.

Pendant 7 ans, rien à noter. Il y a 4 ans, apparaissent des névralgies intercostales qui disparurent au bout de 6 mois, puis réapparurent il y a 2 ans et durent depuis lors.

Depuis, sensation de douleur vive parfois entre les omoplates, revenant par crises, durant quelques heures avec endolorissement entre les crises. revenant à peu près périodiquement toutes les nuits et durant jusqu'à midi ou une heure.

Irrégulières depuis, avec des améliorations passagères provoquées par bains d'air chaud ; mais malgré eux, reprise des douleurs qui existent entre les omoplates, à l'épaule droite surtout, parfois douleur allant des omoplates au côté gauche du thorax.

En mars dernier, douleurs analogues dans l'abdomen, disparues par des bains d'air chaud.

Pas de douleurs articulaires, pas de maux de reins, mictions faciles, fréquentes, urines plutôt abondantes sans dépôt.

Pas de symptômes cardiaques ou pulmonaires. Rien du côté du foie.

Le sommeil est mauvais troublé par causes morales et par la douleur.

Tension artérielle : 27.

A l'auscultation : retentissement aortique peu marqué et léger prolongement du 1^{er} bruit.

A la palpation on constate de la cellulite au niveau de l'épine de l'omoplate, douleurs calmées par les bains d'air chaud, les bains de lumière.

Durant son traitement le malade retrouve un peu son sommeil, voit ses crises diminuer quoique il en ait encore une ou deux dans la journée durant 15 à 20 minutes.

Pendant 2 nuits les douleurs se réveillèrent paraissant consécutives à des séances de massages vibratoires.

Plus tard, les crises disparaurent, laissant persister des douleurs plus ou moins fortes tous les jours de midi à 4 heures.

La tension : 20°, 2

L'examen des urines donne :

Urines claires

Limpides

Pas de granulations ni dépôt

Densité 1,026

Acidité 3

Albumine 0

Sucre 0

Urée 18

Acide urique 0,50

Juin 1912. — Depuis un an, santé très bonne jusqu'à il y a 3 semaines, où alors réapparaissaient atténuées, des douleurs devenant progressivement plus violentes. Douleurs au niveau du bord inférieur du rein droit, mais rien d'appréciable au rein, sans irradiations vésicales, urétrales ou pariétales.

Un examen des urines donne :

Urines légèrement foncées,

Limpides.

Granulations jaunes.

Densité 1,018

Acidité 4

Albumine 0

Sucre 0

Urée 15,6

Acide urique 0,49

Quelques rares cristaux uriques au microscope.

Depuis le début, tous les soirs exarcebations des douleurs d'abord au point correspondant à la partie inférieure du rein droit, puis au point trochantérien.

Malgré le traitement manuel très actif, le malade n'a pas encore vu l'amélioration de ses symptômes de cellulite, bien que l'état général ne soit pas mauvais.

OBSERVATION XIII

Monsieur X..., 50 ans. *Neuro-arthritisme, lumbago.*

Juillet 1912. — Le malade est atteint de douleurs vagues, lumbago, eczéma depuis l'âge de 28 ans. Plusieurs atteintes d'entérite. C'est un sujet très nerveux, neurasthénique, présentant souvent des troubles de la mémoire.

Il y a 3 mois il a présenté des accidents tabagiques avec point cardiaque et douleurs dans le bras gauche. Mais les douleurs sont surtout lombaires ; lumbagos et torticolis assez fréquents. Il y a 4 semaines il a eu un lumbago intense occasionnant 9 jours d'immobilité absolue au cours desquelles coliques néphrétiques droites suivies de 10 jours de maladie pen-

dant lesquels les douleurs persistent encore sourdes. Malgré le régime lacté, les urines sont troubles et uratiques. On note aussi un peu de douleur néphro-uretérales droite, angoisse précordiale avec points quelquefois. Le malade n'a pas de migraine mais une sensation de constriction bi-temporale et scincipitale. Rien au cœur. Engourdissements douloureux de la cuisse gauche.

A la palpation on note de la cellulite à la face antérieure des deux cuisses et au mollet, sans crépitation. Cette cellulite donne au malade des sensations fugaces, vives, de fourmillements, d'engourdissements ou de piqûres dans le territoire du fémoro-cutané. Un examen des urines donne :

Urines foncées

Limpides

Granulations cristallines

Densité 1,020

Acidité 4

Albumine 0

Sucre 0

Urée 1,53

Acide urique 0,50

Présence de nombreux petits filets sanguins colorés.

Par le traitement la douleur néphro-urétérale droite a disparu. Les douleurs lombaires sont disparues, la douleur cellulaire de la cuisse est diminuée. Cependant il reste la place de la sensibilité au contact et sur la cuisse gauche, mais les douleurs spontanées dans les régions atteintes de cellulite ont à peu près complètement disparues.

OBSERVATION XIV

Monsieur X..., 26 ans, (employé de bureau). *Arthritique.*

Ce malade comme antécédents, a eu une rougeole à 7 ans et une crise d'entérite à 12 ans. Il attribue celle-ci à ce fait qu'on lui a donné sans cesse du vin pur dans son enfance. Il a actuellement une arthrite du genou droit.

Il a eu différentes attaques de rhumatismes. Une première à 17 ans, localisée à l'épaule droite qui dura 6 semaines à l'état aigu et 4 semaines à l'état chronique.

Il eut une 2^e attaque à 22 ans elle se localisa au cou de pied droit et procurait une douleur chaque fois que le malade posait son pied par terre. Elle dura 6 semaines sans retour. Depuis 17 ans, a de fréquents lumbagos, torticolis, névralgies intercostales environ 43 fois par an, durant de 5 à 6 jours. Depuis sa rougeole il a eu tous les ans des amygdalites une ou deux fois et durant 8 à 15 jours.

A 17 ans il eut des abcès amygdaliens et à 27 on lui coupa les amygdales.

Il y a 4 ans, il eut une attaque de blenorrhagie qu'il soigna immédiatement et qui passa rapidement cependant ; actuellement il présente une arthrite qui est la seule manifestation de sa blenorrhagie, elle est survenue à la suite d'une 3^e crise de rhumatisme survenue à ce genou. Il est dans l'impossibilité de s'appuyer sur sa jambe quand celui-ci est plié ; il présente à la palpation de la cuisse droite de la cellulite très légère se caractérisant seulement par une légère douleur et un peu de

crépitation surtout sensible par opposition avec l'autre cuisse. Il se plaint depuis 7 ans de vagues douleur à l'orteil droit. Comme antécédents héréditaires, son père présente des étourdissements et des vertiges. Son père a eu plusieurs attaques de rhumatismes et sa nourrice est morte à 32 ans de rhumatisme nouveau.

OBSERVATION XV

Madame X. . . 48 ans, (cuisinière).

Cette malade est atteinte de douleurs depuis 7 à 8 ans. Depuis sa ménopause, il y a 4 ans, souffre plus.

Comme antécédents on trouve une chorée à l'âge de 3 ans, un érysipèle à 10 ans.

Actuellement, elle se plaint de douleurs articulaires dans les genoux et les épaules. Douleurs très vives au début, réveillées par les mouvements.

Depuis 8 mois elle souffre spontanément. Elle n'a jamais eu d'enfants. Son mari est atteint de gravelle depuis 30 ans.

Il y a 4 ans, elle a eu des rhumatismes au cou de pied gauche et à l'épaule droite et lumbago à gauche.

Etant jeune fille elle était plutôt mince ; elle commença à grossir à l'âge de 27 ans et grossit énormément à sa ménopause.

Ses urines sont normales non colorées.

En somme névralgies de l'épaule droite, des 2 genoux et de la cheville gauche.

Non soulagée par les anti-névralgiques soulagée par le massage qui la fait maigrir.

A la palpation on sent des noyaux indurés douloureux, roulant sous le doigt. La malade a de l'impotence de son épaule et du membre droit. Depuis ses douleurs, elle trouve que ses urines deviennent troubles.

N'a jamais fait d'excès de nourriture ni de boisson.

OBSERVATION XVI

Madame X..., 55 ans. (Employée de commerce).

Se plaint actuellement de douleurs datant de 5 ou 6 ans. Ces douleurs sont localisées aux jambes, aux épaules, et aux bras. Il y a 4 ans la malade eut une fracture compliquée de la cheville gauche et 2 entorses du pied gauche. Comme antécédents la malade ne présente rien de particulier. Son père est asthmatique. Sa mère est morte d'hémorragie cérébrale, une de ses filles a de légères crises de rhumatismes. Elle fut toujours obèse, elle eut 10 grossesses dont 5 fausses couches. Elle fit toujours des excès de nourriture et de boisson, surtout de vin de champagne. A l'auscultation on ne note rien d'anormal.

A la palpation on trouve de la cellulite douloureuse de la cuisse gauche depuis 8 mois à la face interne du genou droit et aux 2 épaules. Elle a souvent des sensations de froid avec marbrures très nettes. On ne perçoit pas la sensation de noyaux roulant sous le doigt mais un œdème dur, douloureux. Lors des poussées des douleurs spontanées, le genou enfle. Les poussées sont dues aux variations du temps.

OBSERVATION XVII

Madame X..., (ménagère).

Depuis 2 mois cette malade est atteinte de cellulite généralisée surtout marquée aux 2 genoux et à l'abdomen où les douleurs spontanées ou provoquées sont très intenses. Ces douleurs sont fréquemment accompagnés de nausées et de vomissements. En plus de la cellulite cutanée cette malade présente de la cellulite abdominale, péri urétrale et péri anale occasionnant des troubles fonctionnels du côté de ces organes.

Comme antécédents elle a eu à 19 ans des rhumatismes dans les genoux et dans les pieds qui l'immobilisèrent 3 semaines.

A 23 ans, elle eut une seconde crise moins douloureuse. A 24 ans, une 3^e crise moins douloureuse aussi, mais qui dura néanmoins 1 mois 1/2. Son père est mort à 40 ans de bacillose pulmonaire, sa mère est bien portante.

La malade n'a jamais fait d'excès de nourriture ou de boisson. Pendant sa grossesse la malade a fait des œdèmes généralisés accompagnés de gastrite. Elle eut toujours des migraines très violentes, pas de vertiges, ni d'épistaxis, mais des brouillards fréquents devant les yeux et des bourdonnements d'oreille. Après les repas elle a de fréquentes sensations d'angor.

A l'abdomen où la cellulite est le plus marqué, on sent de gros noyaux arrondis très volumineux provoquant des douleurs intermittentes depuis 2 ans, et continues depuis 6 mois.

CONCLUSIONS

Notre but a été, en faisant cette thèse, d'exposer d'une façon générale la cellulite, et par quelques observations de montrer ses rapports avec l'arthritisme et ses diverses manifestations, afin d'attirer l'attention sur une affection déjà connue et décrite il est vrai, mais qui, à notre avis, nous paraît souvent méconnue et plus souvent encore non recherchée. Nous estimons qu'étant donné, qu'ici comme ailleurs, il est plus facile de prévenir que de guérir la maladie, on doit systématiquement, chez les sujets arthritiques et ceux dont la nutrition et la circulation se font mal, rechercher la cellulite dès son début et prévenir ainsi, par un traitement approprié, des affections souvent très douloureuses, et d'une guérison longue et difficile parfois, à un stade plus avancé de leur évolution.

On s'est surtout occupé jusqu'ici pour guérir la cellulite du traitement externe, mais nous pensons qu'il agira d'autant mieux qu'on lui associera le traitement interne, qui assurera une nutrition plus régulière en par-

ticulier par son action sur les organes de la digestion, et une épuration suffisante des produits normaux ou anormaux de la désintégration organique surtout par la voie urinaire.

On aura ainsi un traitement agissant doublement non seulement à titre curatif mais aussi à titre préventif.

Vu : le Président de Thèse,

A. ROBIN.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- WETTERVALD. — Les névralgies, 1910, Paris.
- WETTERVALD. — Manuel pratique de kinesithérapie. Fascicule X. Maladies de la nutrition, 1912, Paris, Alcan.
- NONAT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 57, 110, 129.
- VALLEIX. — De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin. *Union médicale*, 5^e s. t. IX, p. 285-419.
- BERNUTZ et GOUPIL. — Cliniques médicales. Sur les maladies des femmes, 1852.
- ARAN. — Maladies de l'utérus, 1852.
- STAPFER. — Indications, contre-indications, dosage du traitement kinésique. Paris, 1906, p. 58.
- STAPFER. — Cellulite et myo cellulite localisée douloureuse. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1892, 2^e s. p. 14.
- JOSEPHSON. — Om den manuela af gynakologiska lidandem. Stockholm 1891.
- VIDESTROM. — Och. celluliter, bakenbotten, Hygrea 1891, Sid 168.
- R. HOGNER. — *Medical Times and Register*, 1896, 25 avril.
- PETIT. — Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. *Nouv. arch. de gyn et obst.* 1891.
- GEOFFROY SAINT-HILLAIRE. — Des œdèmes abdomino-pelviens

en gynécologie (Présclérose). Thèse, Paris 1898.

BRALANT. — Œdèmes annexiels. Congrès de physiothérapie des médecins de langue française. Paris 1908.

STAEFER. — Traité de Kinesithérapie gynécologique, Paris, 1897.

LUTIKOF. — De la cellulite abdomino pelvienne. Traitement Kinésique.. Thèse. Paris, 1911.

KRIKORTZ. — Contribution à l'étude du rhumatisme musculaire. Thèse Paris, 1899-1900, n° 398.

COLMAIRE. — De la panniculite en gynécologie. Thèse Paris, 1899.

FÉRÉOL. — Nodosités éphémères cutanées chez les arthritiques. Compte-rendu de la 7^e session pour l'avancement des sciences, 1877.

JUVENTIN. — Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, 1897.

NORSTROM. — Traité du massage, 1891.

TESTELIN. — Des œdèmes dans la diathèse arthritique. Thèse. 1884.

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.
